

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej

Dr n. med. Przemysław Daroszewski, Dyrektor Szpitala

(imię, nazwisko, stanowisko/pelniona funkcja)

za 2022 rok

Dział I¹

Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności dla zapewnienia:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

oświadczam, że w kierowanej przeze mnie jednostce sektora finansów publicznych

Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

(nazwa kierowanej/nadzorowanej jednostki sektora finansów publicznych)

Część A²☐

w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Część B³☒

w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

Część C⁴☐

nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

¹ W dziale I, w zależności od wyników oceny stanu kontroli zarządczej, wypełnia się tylko jedną część z części A albo B, albo C przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedniego wiersza. Pozostałe dwie części wykreśla się. Część D wypełnia się niezależnie od wyników oceny stanu kontroli zarządczej.

² Część A wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła łącznie wszystkie następujące elementy: zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczność i efektywność działania, wiarygodność sprawozdań, ochronę zasobów, przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywność i skuteczność przepływu informacji oraz zarządzanie ryzykiem

³ Część B wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu jednego lub więcej z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem, z zastrzeżeniem przypisu 6.

⁴ Część C wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu żadnego z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.

Część D

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z ⁵:

- ☒ monitoringu realizacji celów i zadań,
- ☒ samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁶,
- ☒ procesu zarządzania ryzykiem,
- ☒ audytu wewnętrznego,
- ☒ kontroli wewnętrznych,
- ☒ kontroli zewnętrznych,
- ☐ innych źródeł informacji: _____

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

Poznań
(miejscowość)

(podpis)

⁵ Znakiem "X" zaznaczyć odpowiednie wiersze. W przypadku zaznaczenia punktu "innych źródeł informacji" należy je wymienić.

⁶ Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych ogłoszone przez Ministra Finansów na podstawie art. 69 ust. 3 Ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych.

Dział II⁷

1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.

Zgodnie z posiadaną wiedzą należy stwierdzić, iż na podpisanie oświadczenia o stanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w ograniczonym stopniu, wpłynęły wnioski z kontroli i audytów wewnętrznych oraz wnioski z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych oraz niepełna realizacja założeń kontroli zarządczej, wynikająca z niezakończenia procesu wprowadzenia aktualizacji Regulaminu kontroli wewnętrznej.

Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu jednostki organizacyjnej, istotny cel lub zadanie, które nie zostały zrealizowane, niewystarczający monitoring kontroli zarządczej, wraz z podaniem, jeżeli to możliwe, elementu, którego zastrzeżenia dotyczą, w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem.

2. Planowane działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

W celu ulepszenia funkcjonowania kontroli zarządczej w **2023** roku podjęte zostaną następujące działania:

- 1) przeprowadzenie szkoleń dotyczących kontroli zarządczej, zarządzania ryzykiem, analizy i identyfikacji ryzyka, w tym szkolenia indywidualne dla nowozatrudnionych (I-IV kwartał),
- 2) przeprowadzenie szkoleń dotyczących zgłaszania zdarzeń niepożądanych, w tym szkolenia indywidualne dla nowozatrudnionych (I-IV kwartał),
- 3) przeprowadzenie analizy ryzyka w Szpitalu (IV kwartał),
- 4) przeprowadzenie samooceny wśród pracowników i poddanie jej analizie (II-IV kwartał),
- 5) przeprowadzenie kontroli wewnętrznych ujętych w Planie Kontroli zaplanowanych przez Dział Kontrolingu i Akredytacji, (I-IV kwartał),
- 6) przeprowadzenie audytów wewnętrznych ujętych w Planie Audytu zaplanowanych przez Audytora Wewnętrznego, (I-IV kwartał)
- 7) przeprowadzenie badania satysfakcji zawodowej pracownika (II półrocze),
- 8) przeprowadzenie kontroli jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów w Szpitalu (I-IV kwartał),
- 9) dokończenie aktualizacji Regulaminu kontroli wewnętrznej (I kwartał),
- 10) dalsza realizacja Strategii Działań na lata 2018-2025 (I-IV kwartał),
- 11) monitorowanie wyników jakości (analiza i ocena) w oparciu o które są prowadzone projekty jakości,
- 12) ustawiczne poprawianie wdrożonych standardów akredytacyjnych w Szpitalu, w tym szkolenia utrwalające postępowanie wg. procedur obejmujących standardy akredytacyjne (I-IV kwartał),
- 13) aktualizacja Programu Działań dla Poprawy Jakości w Szpitalu w tym określenie wskaźników jakości (II kwartał),
- 14) uaktualnienie, bądź opracowanie brakującej dokumentacji systemu kontroli zarządczej (I-IV kwartał),
- 15) kontynuacja prac zmierzających do usprawnienia organizacji i komunikacji wewnętrznej (I-IV kwartał).

Należy opisać kluczowe działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w odniesieniu do złożonych zastrzeżeń, wraz z podaniem terminu ich realizacji.

⁷ Dział II sporządzany jest w przypadku, gdy w dziale I niniejszego oświadczenia zaznaczono część B albo C.

Dział III⁸

Działania, które zostały podjęte w ubiegłym roku w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:

- 1) przeprowadzono szkolenia dotyczące kontroli zarządczej, zarządzania ryzykiem, analizy i identyfikacji ryzyka w formie elektronicznej,
- 2) przeprowadzono szkolenia dotyczące zgłaszania zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej,
- 3) zebrano Roczne Raporty z Identyfikacji Ryzyk,
- 4) przeprowadzono samoocenę wśród pracowników i poddano ją analizie,
- 5) przeprowadzono kontrole wewnętrzne ujęte w Planie Kontroli zaplanowane przez Dział Kontrolingu i Akredytacji,
- 6) przeprowadzono audyty wewnętrzne ujęte w Planie Audytu zaplanowane przez Audytora Wewnętrznego,
- 7) przeprowadzono badanie satysfakcji zawodowej pracownika,
- 8) przeprowadzono kontrolę jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów w Szpitalu,
- 9) zaktualizowano Procedurę Kontroli Zarządczej oraz Politykę Zarządzania Ryzykiem,
- 10) sukcesywnie realizowana jest Strategia Działań na lata 2018-2025,
- 11) ustawicznie poprawiano wdrożone standardy akredytacyjne w Szpitalu,
- 12) prowadzono szkolenia utrwalające postępowanie wg. procedur obejmujących standardy akredytacyjne,
- 13) aktualizowano Program Działań dla Poprawy Jakości w Szpitalu, w tym określono wskaźniki jakości,
- 14) uaktualniono dokumentację systemu kontroli zarządczej,
- 15) kontynuacja prac zmierzających do usprawnienia organizacji i komunikacji wewnętrznej,
- 16) przeprowadzono szereg szkoleń dotyczących zagadnień związanych z wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej oraz EZD.

Należy opisać najistotniejsze działania, jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w dziale II oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie. W oświadczeniu za rok 2010 nie wypełnia się tego punktu.

2. Pozostałe działania:

W **2022 roku poza zadaniami** przewidzianymi w oświadczeniu za rok 2021, podjęte zostały dodatkowe działania:

- 1) kontynuowano intensywne przygotowania Szpitala do uzyskania Certyfikatu Akredytacyjnego,
- 2) w związku z przygotowaniami do ponownego uzyskania Certyfikatu Akredytacyjnego aktualizowano większość zarządzeń wewnętrznych,
- 3) uzyskano Certyfikat Akredytacyjny na kolejne trzy lata,
- 4) aktualizowano składy zespołów i komitetów działających w Szpitalu,
- 5) wprowadzono Procedurę Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją w Szpitalu,
- 6) aktualizowano dokumentację systemu HACCP – polityki bezpieczeństwa żywności,
- 7) aktualizowano Regulamin Badań Klinicznych,

⁸ Dział III sporządza się w przypadku, gdy w dziale I oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, była zaznaczona część B albo C lub gdy w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, były podejmowane inne niezaplanowane działania mające na celu poprawę funkcjonowania kontroli zarządczej.

- 8) aktualizowano Regulamin Organizacyjny,
- 9) aktualizowano Receptariusz Szpitalny,
- 10) uzyskano pozytywne oceny wniosków IOWISZ na:
 - modernizację budynku Oddziału Dziennego Pobytu – Rehabilitacyjnego,
 - kompleksową termomodernizację budynków Szpitala.
- 11) Szpital realizuje zadania:
 - budowa i wyposażenie Centrum Technologicznie Wspomaganej Rehabilitacji Ogólnoustrojowej dla Dzieci,
 - rozbudowa i dostosowanie budynków Szpitala, w celu rozszerzenia możliwości i jakości świadczenia usług społecznych i zdrowotnych, w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji,
- 12) Szpital na zadania „Przebudowa i dostosowanie pomieszczeń oddziału urazowo-ortopedycznego dla dzieci” oczekuje na ostatni etap oceny wniosku o dofinansowanie.
- 13) Szpital uzyskał pozytywną ocenę wniosku oraz dofinansowanie na realizację zadań:
 - zakup ambulansu i windy oraz doposażenie w sprzęt medyczny,
 - rozbudowa systemów chłodzenia, gazów medycznych oraz zapasowego źródła wody.
- 14) zorganizowano liczne konferencje naukowe, w tym konferencję dotyczącą badań klinicznych,
- 15) zorganizowano II edycję webinaru „Nie zwlekaj – mózg nie poczeka”, który poświęcony był leczeniu i wsparciu osób po udarze mózgu. Wydarzenie było organizowane w ramach projektu „Rehabilitacja neurologiczna dla osób po udarze mózgu w Szpitalu”.
- 16) Szpital zajął 7. miejsce w Rankingu „Liderzy zarządzania – najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF Banking Group”, w kategorii Instytuty i Szpitale Kliniczne.
- 17) Szpital zdobył I miejsce w kategorii: „Bezpieczeństwo i redukcja zdarzeń niepożądanych, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń szpitalnych”, za najlepszy projekt „Neuromonitoring śródoperacyjny podwyższający bezpieczeństwo pacjenta i usprawniający pracę chirurga w trakcie zabiegu operacyjnego na kręgosłupie”.
- 18) Szpital otrzymał „Certyfikat Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent”.
- 19) Zorganizowano III edycję festynu pt. „Krok w przyszłość... Szpital Degi Dzieciom”. Motywem przewodnim wydarzenia były choroby kończyn górnych u dzieci.

Należy opisać najistotniejsze działania, niezaplanowane w oświadczeniu za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, jeżeli takie działania zostały podjęte.

Potwierdzam zgodność kopii z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	29603.69590.85556
Nazwa dokumentu	1. Oświadczenie o KZ za 2022_ORSK_2023.pdf
Tytuł dokumentu	1. Oświadczenie o KZ za 2022_ORSK_2023
Data dokumentu	2023-01-25 16:27:09
Skrót dokumentu	E41680245F622E99DD752CC0D61980AB7536664E
Wersja dokumentu	1.1
Data podpisu	2023-01-25
Podpisane przez	Przemysław Leon Daroszewski Dyrektor
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
	EZD 3.108.75.75.
Data wydruku:	2023-01-26 08:01:55
Autor wydruku:	Kominek Anna